



DATA: **31/01/2013** DATA SCADENZA: Fino a revoca  
CODICE TESTO: **D 01557 003 NMAZ** CODICE RISORSA: AAA004MPY

OGGETTO: **Programma spese mediche per i dipendenti della banca**

---

MATERIA: ORGANIZZAZIONE E PERSONALE

ARGOMENTO: Amministrazione risorse umane

SEGMENTO DI MERCATO: Non applicabile  
(prevalentemente interessato)

RUOLI: Tutti  
(prevalentemente interessati)

---

SERIE/SETTORE/SERVIZIO: 1 / 4 / 11

TESTI ANNULLATI:

PRESA VISIONE: 3 sottoscrizione del dipendente

STRUTTURA EMANANTE: **(5836) HR SERVICES**

ASSISTENZA DI TIPO TECNICO/OPERATIVO: **0577 299392 - 0577 293418 - 0577 294256**

## INDICE

1 - OBIETTIVO ED AGGIORNAMENTO DELLA NORMA .....	2
1.1 - OBIETTIVO ED AMBITO DI APPLICAZIONE .....	2
1.2 - AGGIORNAMENTI E MODIFICHE RISPETTO ALLA VERSIONE PRECEDENTE.....	2
1.3 - RIFERIMENTI OPERATIVI TELEFONICI E INTRANET .....	2
2 - PROGRAMMA RIMBORSO SPESE MEDICHE.....	3
2.1 - CARATTERISTICHE.....	3
2.2 - BENEFICIARI.....	4
2.3 - PRESTAZIONI.....	4
2.3.1 - Definizione degli eventi assistiti .....	4
2.3.2 - Prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio.....	5
2.3.3 - Limiti delle prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio .....	10
2.3.4 - Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie.....	10
2.4 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....	11
2.5 - TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO .....	12
3 - NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO .....	12
3.1 - DEFINIZIONE E QUOTE DI ADESIONE.....	12
3.2 - COMUNICAZIONE NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO .....	14
4 - UTILIZZO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON CASPIE .....	15
5 - CONVENZIONE CON STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DI SIENA .....	16
6 - PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO .....	16
7 - CONTROLLI DA PARTE DELLA CASSA SANITARIA E DELLA BANCA .....	18
8 - CONTROVERSIE .....	18
9 - ASPETTI FISCALI.....	18
10 - ALLEGATO: COMUNICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO.....	19

## **1 - OBIETTIVO ED AGGIORNAMENTO DELLA NORMA**

### **1.1 - OBIETTIVO ED AMBITO DI APPLICAZIONE**

Il presente documento illustra le caratteristiche del "Programma di Rimborso Spese Mediche (RSM)", adottato dalla Banca MPS **a decorrere dal 1° gennaio 2013** per garantire le prestazioni sanitarie per il personale in servizio ed in quiescenza e dettaglia le caratteristiche del Programma riservato alle seguenti categorie:

- **Quadri Direttivi di 3° e 4° livello;**
- **Quadri Direttivi di 1° e 2° livello ed alla 1a, 2a e 3a Area Professionale.**

Gli aspetti del Programma relativi alle categorie dei Dirigenti e del personale in quiescenza sono definiti con specifica comunicazione agli interessati.

Sono ammesse a rimborso le spese sostenute nelle strutture sanitarie di tutto il mondo.

**Prima di stampare questo documento assicurarsi che sia davvero necessario.**

### **1.2 - AGGIORNAMENTI E MODIFICHE RISPETTO ALLA VERSIONE PRECEDENTE**

Sono stati variati i seguenti livelli:

- 2.5 - TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO
- 3 - NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO
- 6 - PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Le modifiche rispetto alla versione precedente sono evidenziate a sfondo giallo.

### **1.3 - RIFERIMENTI OPERATIVI TELEFONICI E INTRANET**

Per informazioni o chiarimenti sul Programma RSM e sulle modalità da seguire per l'accesso alla Rete convenzionata o per la richiesta di rimborso, i riferimenti sono quelli sotto indicati.

**CASSA SANITARIA CASPIE:** NUMERO VERDE 800254313 che fornisce i seguenti servizi:

- TASTO 1** assistenza medica d'urgenza, attivo 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- TASTO 2** informazioni sullo stato di avanzamento delle richieste di rimborso:  
conferma dell'apertura della pratica, eventuale documentazione necessaria per la chiusura della richiesta di rimborso ed importo rimborsato; il servizio è attivo tutti i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 17,00;
- TASTO 3** informazioni **sulla normativa assistenziale** ad esempio: scoperti, esclusioni, limiti di assistenza, attivo tutti i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,00 alle ore 13,00;
- TASTO 4** informazioni sulla "RETE" di Strutture e Operatori Sanitari in convenzione con la CASPIE, attivo tutti i giorni feriali, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 17,00.

I dipendenti devono rivolgersi agli addetti del Dipartimento Operativo di Rete delle Aree Territoriali per eventuali necessità concernenti le modalità pratiche per l'inserimento del nucleo familiare assistito e per l'inoltro della richiesta di rimborso delle spese mediche.

Il Servizio HR Services della Capogruppo Bancaria può essere contattato **esclusivamente** per gli adempimenti relativi all'inserimento del nucleo familiare assistito ai numeri telefonici 0577 - 29.9392 - 29.3418 - 29.4256.

Tramite il sito internet [www.caspieonline.it](http://www.caspieonline.it), dopo essersi registrati, è possibile:

- **inviare le richieste di rimborso delle spese sostenute, evitando l'invio cartaceo**
- consultare le pratiche inviate, il prospetto riepilogativo dei rimborsi effettuati, i massimali residui, il nucleo familiare assistito e la normativa di riferimento;
- modificare il proprio indirizzo al quale far recapitare dalla CASPIE le eventuali comunicazioni nonché le coordinate del conto corrente sul quale accreditare i rimborsi.

Sull'INTRANET aziendale i dipendenti possono consultare la propria posizione effettuando le seguenti operazioni:

- dal menu principale dell'Intranet della Banca 'cliccare' sul canale 'RISORSE UMANE'; i dipendenti per i quali è attivato il portale 'Consorzio Operativo Gruppo Montepaschi' devono accedere al portale della Capogruppo Bancaria che si trova sotto 'Gruppo Montepaschi'
- sul menù successivo scegliere l'opzione 'Polizza Sanitaria (RSM)
- sulla schermata a cui si accede possono essere consultati:
  - **posizione:** per comunicare il nucleo familiare assistito, con le modalità indicate al punto 3.2 e per verificare successivamente i nominativi dei familiari che beneficiano del Programma RSM;
  - **documentazione:** contiene il testo della presente comunicazione, il modulo di richiesta di rimborso per una eventuale richiesta cartacea ed un apposito link di collegamento al sito [www.caspieonline.it](http://www.caspieonline.it).

## **2 - PROGRAMMA RIMBORSO SPESE MEDICHE**

### **2.1 - CARATTERISTICHE**

Il Programma Rimborso Spese Mediche (RSM) è riservato al personale in servizio e in quiescenza della Banca secondo la modalità dell'**auto-assicurazione**.

Tale modalità prevede che le prestazioni vengano erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dalla normativa (disciplinari).

Il Programma RSM riguarda le seguenti categorie:

- Dirigenti
- Quadri Direttivi di 3° e 4° Livello
- Aree Professionali e Quadri Direttivi di 1° e 2° Livello
- Personale in quiescenza

Per aderire ai contenuti normativi introdotti dal c.d. Decreto Sacconi, e per poter conservare le agevolazioni fiscali e contributive, sono state introdotte, dal 2011, nel Programma RSM anche le prestazioni odontoiatriche

Le prestazioni saranno garantite tramite un Fondo auto-gestito e attuato tramite la Cassa Sanitaria CASPIE, regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi, Casse, enti e società di mutuo soccorso.

Le disponibilità del Fondo sono costituite:

- dalle somme versate dalla Banca per singola categoria del personale in servizio e in quiescenza;
- Contributo per i familiari non a carico;
- Quota a carico del personale in quiescenza.

L'intero ammontare, al netto delle sole "spese gestionali", sarà destinato ai rimborsi.

Il Fondo è suddiviso nei seguenti quattro **sotto-fondi**:

- Personale in servizio, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in servizio;
- Personale in quiescenza, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in quiescenza.

**I sotto-fondi sono autonomi fra loro ai fini di eventuali riparti e non è previsto alcun meccanismo di compensazione.**

**Gli importi destinati per le cure dentarie negli specifici Fondi vincolati non potranno essere utilizzati per il rimborso di tipologie di spese diverse.**

L'andamento dei Fondi sarà soggetto a verifiche periodiche ai fini della salvaguardia dell'equilibrio economico in coerenza con le regole di gestione del sistema di auto-assicurazione.

## **2.2 - BENEFICIARI**

Il Programma RSM descritto nel presente documento è destinato al personale in servizio, o inserito nel Fondo esuberi, appartenente ai Quadri Direttivi ed alla 1a, 2a e 3a Area Professionale e del relativo nucleo familiare **purché inserito nella copertura** secondo le modalità indicate al punto 3.2.

La copertura viene fissata in relazione al grado ricoperto all'inizio dell'anno (1°01.2013) a nulla rilevando eventuali promozioni intervenute nel corso dell'anno medesimo, anche con decorrenza precedente al 1°01.2013.

**In caso di cessazione dal servizio con diritto immediato a pensione la garanzia si protrae fino alla scadenza dell'anno solare; negli altri casi la copertura cessa alla data di risoluzione del rapporto di lavoro.**

## **2.3 - PRESTAZIONI**

### **2.3.1 - Definizione degli eventi assistiti**

Il Programma prevede il pagamento delle spese per cure mediche sostenute a causa di una malattia o di un infortunio e, a tali effetti:

- è considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- è considerato "infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Non rientrano**, pertanto, nella copertura le spese sostenute per:

- visite, accertamenti e quant'altro concernenti la medicina preventiva, ad eccezione di quanto indicato alla lettera D) del punto 2.3.2;
- visite, accertamenti e quant'altro inerenti il seguimiento di normali stati fisiologici (gravidanza, andropausa, menopausa, familiarità, ecc.).

### 2.3.2 - Prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio

La normativa (c.d. 'disciplinare') che regola il Programma RSM per i beneficiari indicati al punto 2.2 ricomprende le seguenti prestazioni mediche, nell'ambito del sotto-fondo destinato al Personale in servizio:

#### A) Ospedaliere

1) **in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:**

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- protesi applicate in conseguenza dell'intervento chirurgico.

2) **in caso di ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:**

- accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero e nei 90 giorni successivi e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3) **in caso di parto fisiologico:**

- rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero con il limite assistenziale di € 1.550,00 da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare.

4) **vengono altresì rimborsate, in caso di ricovero, le spese sostenute a fronte di:**

- **vitto e pernottamento** in istituto di cura, o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, **per un accompagnatore** dell'assistito infermo senza alcun limite di importo giornaliero con un massimo di 30 giorni da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica) e con il limite giornaliero di € 52,00 per tutti gli altri ricoveri, fermo restando il limite di 30 giorni massimale annuo per nucleo familiare
- **trasporto dell'assistito** infermo all'istituto di cura e ritorno effettuato con ambulanza, aereo sanitario od unità coronarica mobile con il limite assistenziale di € 1.550,00, da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare.

Le prestazioni indicate al punto 4) sono operanti anche in caso di Day Hospital con intervento chirurgico, mentre, in caso di Day Hospital senza intervento, saranno operanti solamente per le terapie dovute alle patologie per le quali è previsto il raddoppio del massimale.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la CASPIE provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

Il rimborso è effettuato previa detrazione di una **franchigia fissa di € 750,00**, che rimane a carico del dipendente; la franchigia non viene applicata per i casi in cui è previsto il raddoppio del massimale e per i casi di ricoveri in regime di convenzione con CASPIE: casa di cura ed Equipe medica convenzionate, secondo la procedura indicata al punto 4.

Le spese sostenute per gli **interventi chirurgici ambulatoriali** vengono rimborsate con una **franchigia fissa di € 350,00**, la franchigia non viene applicata per i casi in cui è previsto il raddoppio del massimale e per i casi di convenzione con CASPIE: casa di cura ed Equipe medica convenzionate, secondo la procedura indicata al punto 4.

Per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello il rimborso delle spese di cui ai punti 1), 2), 3) e 4) avviene sempre senza l'applicazione di alcuna franchigia.

**L'importo spettante viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto secondo quanto indicato al punto 2.4, ad eccezione dei ricoveri per i quali è previsto il raddoppio del massimale.**

La copertura per i punti 1), 2), 3) e 4) è prestata fino alla concorrenza della complessiva somma di **€ 51.646,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno solare e per nucleo familiare assistito.

**Per i quadri Direttivi di 3° e 4° livello** il massimale annuo per nucleo familiare ammonta a **Euro 103.291,00**.

Qualora l'assistito subisca un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, conseguente a:

- patologie cardiocircolatorie;
- patologie renali;
- patologie polmonari;
- patologie cerebrali ed in ogni caso di interventi al cervello, anche a seguito di infortunio;
- malattie oncologiche, anche in caso di ricovero senza intervento;
- trapianti d'organo,

**ambedue i massimali di cui sopra devono intendersi raddoppiati.**

## **B) Specialistiche Extraospedaliere**

Sono previsti i seguenti esami diagnostici:

- CURVA GLICEMICA DA CARICO
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DOPPLER
- ECOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ENDOSCOPIA ANCHE CON IL PRELIEVO BIOPTICO
- ESAME URODINAMICO
- MOC
- MONITORAGGIO IMMUNOLOGICO
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- TAC
- TELECUORE
- TELETERMOGRAFIA

e le seguenti terapie:

- AGOPUNTURA
- CHEMIOTERAPIA

- DIALISI
- FISIOTERAPIA e LASERTERAPIA (esclusivamente a scopi fisioterapici) A SEGUITO DI MALATTIA quali ictus cerebrale e forme neoplastiche purché effettuate entro due anni dalla data di diagnosi della patologia (la data della prima diagnosi deve essere documentata da certificazione redatta da medico specialista), forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica ed il morbo di Parkinson) ed in ogni caso prescritta da medico specialista attestante una diagnosi documentata ed accertata. Le suindicate terapie sono rimborsabili se effettuate da fisiatristi, da Centri medici specializzati e da altri professionisti in possesso dei titoli abilitanti previsti dal decreto del Ministro della Sanità 27/07/2000 pubblicato dalla G.U. n. 190 del 16/08/2000;
- FISIOTERAPIA e LASERTERAPIA (esclusivamente a scopi fisioterapici) A SEGUITO DI INFORTUNIO purché effettuata entro due anni dalla data dell'infornunio stesso (solo se documentata da verbale di pronto soccorso ospedaliero o equivalente struttura ospedaliera comprovante l'avvenuto infornunio) in ogni caso prescritta da medico specialista. Le suindicate terapie sono rimborsabili se effettuate da fisiatristi, da Centri medici specializzati e da altri professionisti in possesso dei titoli abilitanti previsti dal decreto del Ministro della Sanità 27/07/2000 pubblicato dalla G.U. n. 190 del 16/08/2000;
- LOGOPEDIA (prescritta da medico specialista ed effettuata da personale abilitato) per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi;
- PSICOTERAPIA (effettuata da **medico specialista** abilitato) per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi;
- RADIOTERAPIA
- ALTRE TERAPIE effettuate da medico specialista (escluse quelle a scopo fisioterapico).

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di **Euro 5.165,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

I rimborsi vengono effettuati con l'applicazione di uno "**scoperto**" sulle spese effettivamente sostenute e documentate **nella misura del 15%** per sinistro, con un **minimo di € 18,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie in regime di convenzione diretta con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

**Per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello**, viene operata una **franchigia del 15%** per sinistro, con un **minimo di € 26,00** nel caso di utilizzo delle Strutture Sanitarie in regime di convenzione diretta con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

**Per ambedue le categorie, non viene applicata alcuna franchigia per i rimborsi dei ticket sanitari**, cioè la spesa che il servizio sanitario nazionale accolla al cittadino italiano per accertamenti effettuati presso le strutture pubbliche.

**L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto secondo quanto indicato al punto 2.4.**

### **C) Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Protesi**

Formano altresì oggetto di rimborso le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e protesi, sempreché pertinenti ad una malattia e/o infornunio indennizzabili a termini delle condizioni generali del Fondo ed attestati da idonea certificazione medica:

- onorari medici relativi a visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche);
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio;



- protesi acustiche ed ortopediche (intendendosi per tali tutto ciò che sostituisce un organo nelle sue funzioni; sono pertanto escluse le spese relative a plantari, busti ortopedici e similari).

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di **Euro 2.582,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

I rimborsi vengono effettuati con l'applicazione di uno "**scoperto**" sulle spese effettivamente sostenute e documentate **nella misura di € 18,00** per sinistro, nel caso di utilizzo delle Strutture Sanitarie in regime di convenzione diretta con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** per sinistro, nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

**Per i quadri Direttivi di 3° e 4° livello**, viene operata una **franchigia del 15%** per sinistro, con un **minimo di € 26,00** nel caso di l'utilizzo delle Strutture Sanitarie in regime di convenzione diretta con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

**Per ambedue le categorie, non viene applicata alcuna franchigia per i rimborsi dei ticket sanitari**, cioè la spesa che il servizio sanitario nazionale accolla al cittadino italiano per accertamenti effettuati presso le strutture pubbliche.

**L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto secondo quanto indicato al punto 2.4.**

#### **D) Medicina Preventiva**

Sono rimborsate le spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- per gli assistiti di  **sesso maschile**  le spese sostenute per una visita cardiologica con ECG, una radiografia al torace, un accertamento dell'antigene prostatico specifico ed una ecografia delle vie urinarie;
- per gli assistiti di  **sesso femminile**  le spese sostenute per una visita cardiologica con ECG, una radiografia al torace, una visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test ed ecografia), visita senologica comprensiva dei relativi accertamenti (ecografia mammaria e/o mammografia);
- per  **tutti gli assistiti** , a prescindere dal sesso, un esame del sangue con i seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES ed un esame delle urine.

Ciascun accertamento diagnostico o visita specialistica di cui sopra viene rimborsato all'assistito una sola volta per ogni anno solare.

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di **Euro 500,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

**Il rimborso viene effettuato senza l'applicazione di alcuna franchigia.**

**L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto secondo quanto indicato al punto 2.4.**

## **E) Indennità per Malattie Gravi**

**Viene corrisposta un'indennità di Euro 4.000,00** in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti gravi eventi:

### **1) Infarto miocardico acuto**

Coronaropatia, qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:

- a) dolore precordiale;
- b) alterazioni tipiche all'ECG;
- c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche

### **2) Chirurgia cardiovascolare**

Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna); interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica

### **3) Ictus cerebrale** (accidente cerebro-vascolare acuto)

Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo

### **4) Tumore**

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppano solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno

### **5) Insufficienza renale**

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica

### **6) Trapianto d'organo**

Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.

La prestazione è operante a condizione che la data della prima diagnosi - comprovata da certificazione medica - sia successiva al 31.12.2010 o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'assistito.

L'indennità viene erogata in caso di permanenza in vita dell'assistito alla data della richiesta dell'indennità.

La prestazione viene corrisposta all'assistito una sola volta per ciascuna delle malattie sopracitate.

**L'importo dell'indennità viene decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto secondo quanto indicato al punto 2.4.**

### **2.3.3 - Limiti delle prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio**

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- cure dentarie; sono incluse nella copertura soltanto le spese per interventi sull'osso mascellare a seguito di cisti, necrosi o tumori; tutte le altre spese dentarie rientrano nelle prestazioni dell'apposito sotto-fondo vincolato di cui al punto 2.3.4;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- lenti ed occhiali;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella necessaria per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- agopuntura non effettuata da un medico;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- inseminazione artificiale; sono comunque rimborsabili le spese sostenute per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici finalizzati all'individuazione delle cause dell'infertilità;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

### **2.3.4 - Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie**

Nell'ambito del sotto-fondo vincolato destinato alle spese per cure dentarie del personale in servizio, sono ammesse al rimborso tutte le spese per prestazioni odontoiatriche: igiene orale, terapia conservativa e chirurgica, radiologia odontoiatrica, paradontologia, protesi, implantologia, apparecchi correttivi ortodontici, ecc.

Le prestazioni odontoiatriche vengono rimborsate, con i seguenti massimali annui:

- **Euro 800,00** per nucleo familiare assistito, inteso per tale il dipendente ed i familiari a carico;
- **Euro 800,00** pro-capite per ciascuno dei **familiari non a carico** inseriti nell'assistenza.

Tutte le richieste di rimborso delle spese relative **all'anno 2013** e **pervenute** alla CASPIE **entro e non oltre il 31 Gennaio 2014**, verranno evase nel **primo trimestre dell'anno 2014**; ogni prestazione è ammessa al riparto entro i massimali di euro 800,00 come sopra definiti.

I rimborsi vengono erogati mediante un **riparto proporzionale** sulla base del rapporto tra l'ammontare delle disponibilità del sotto-fondo e quello delle richieste ammesse al riparto.

Viene garantito un rimborso minimo di Euro 96,00 per le spese pari o superiori a Euro 96,00. Se le spese complessive per nucleo sono inferiori al minimo garantito, saranno rimborsate integralmente, sempre **nel primo trimestre 2014**.

Nel limite dei massimali suddetti, sono ammesse a riparto tutte le spese inviate, senza applicazione di alcuna franchigia; **non sono previsti acconti nel corso dell'annualità**.

## 2.4 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La caratteristica principale dell'auto-assicurazione prevede che le prestazioni vengano erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dall'apposita normativa (disciplinari).

La CASPIE provvederà, pertanto, al pagamento delle prestazioni oggetto dell'assistenza con le seguenti modalità:

**prestazioni effettuate in regime di convenzione diretta** con le strutture della rete CASPIE:

- le spese sostenute per interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono corrisposte dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);
- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa, **al netto delle franchigie, sono corrisposte** dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari nei limiti **dell'85%.** **L'assistito, pertanto, dovrà versare direttamente all'operatore sanitario, oltre alla prevista franchigia, anche il 15% residuo della spesa (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);** pertanto, una prestazione effettuata in regime di convenzione diretta dal personale appartenente ai Quadri Direttivi di 1° o 2° livello oppure alla 1a, 2a e 3a Area Professionale, viene così trattata:
  - Euro 100,00 costo della prestazione;
  - Euro 18,00 franchigia;
  - Euro 12,30  $(100,00-18,00) \times 15\%$  quota a riparto, da corrispondere all'operatore sanitario a cura dell'assistito;
  - Euro 69,70 importo corrisposto all'operatore sanitario da parte di CASPIE;

**prestazioni effettuate non in regime di convenzione diretta,** le spese sono ammesse al rimborso nel modo seguente:

- le spese sostenute per interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono ammesse al rimborso al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);
- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa sono ammesse a un **rimborso in acconto pari all'85%** di quanto spettante al netto di franchigie e nel limite del massimale (spesa massima rimborsabile) previsto; pertanto, una spesa per prestazioni fuori Rete sostenuta dal personale appartenente ai Quadri Direttivi di 1° o 2° livello oppure alla 1a, 2a e 3a Area Professionale, viene così definita:
  - Euro 100,00 spesa sostenuta per la prestazione
  - Euro 50,00 franchigia
  - Euro 7,50 quota a riparto  $(100,00-50,00) \times 15\%$
  - Euro 42,50 rimborso in acconto.

Entro il **primo trimestre del 2014**, con il meccanismo del **riparto**, verrà effettuato il conguaglio dei rimborsi determinato sulla base delle disponibilità finanziarie residue di ogni sottofondo.

Il saldo del rimborso spettante sarà pertanto corrisposto totalmente oppure in proporzione alle rimanenze finanziarie del sottofondo.

**Modalità di riparto:** nel caso in cui al termine dell'anno si renda necessario ricorrere a tale strumento, la quota a riparto verrà rimborsata con il seguente ordine di priorità:

1. al dipendente ed ai rispettivi familiari a carico
2. in caso di ulteriore disponibilità, ai familiari non a carico.

La quota delle spese ammessa a riparto, sia per le prestazioni in rete sia per quelle fuori rete, viene automaticamente memorizzata da CASPIE e quindi non è necessario avanzare alcuna richiesta specifica affinché venga inserita nel riparto finale.

**Per le spese dentarie non sono previsti acconti nel corso dell'anno** e pertanto l'intero ammontare, purché ricompreso nel massimale previsto, partecipa al riparto finale dello specifico sotto-fondo vincolato.

La CASPIE provvederà a riconoscere ai dipendenti le somme ammesse a rimborso a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente dell'interessato.

Trascorreranno circa 2-3 mesi dalla data di invio della richiesta di rimborso da parte dell'interessato a quella di arrivo al medesimo del rimborso.

**La CASPIE non restituisce i documenti di spesa ad ogni rimborso, provvede invece ad inoltrare annualmente un estratto conto liquidativo che riporta l'ammontare delle singole fatture, l'importo rimborsato e la somma a riparto.**

## **2.5 - TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO**

Tutte le spese per prestazioni **effettuate nell'anno 2013** dovranno **pervenire** alla CASPIE nel più breve tempo possibile e comunque entro **non oltre il 31 gennaio 2014**.

Le richieste pervenute in data successiva, **comunque non oltre il 28 febbraio 2014**, saranno ammesse al rimborso nell'ambito delle eventuali disponibilità residue dei singoli sotto-fondi successive alle operazioni di riparto.

Eventuali esigenze particolari saranno esaminate caso per caso.

## **3 - NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO**

### **3.1 - DEFINIZIONE E QUOTE DI ADESIONE**

Il contributo corrisposto dalla Banca consente l'attivazione delle prestazioni previste dal Programma RSM in favore del dipendente e dei seguenti **familiari fiscalmente a carico**:

- **coniuge** convivente (**cioè ricompreso nello stesso stato di famiglia del dipendente**) e non legalmente o effettivamente separato
- **i figli** conviventi (**cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente**) oppure anche non conviventi purché fiscalmente a carico.

Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore a Euro 2.840,51; la persona 'convivente more uxorio' è sempre considerata non a carico fiscalmente.

Il requisito del carico fiscale deve essere accertato - di norma - al momento della decorrenza delle prestazioni (**inizio anno 2013**); per i familiari che non hanno un'attività continuativa, si dovrà fare riferimento ai redditi **dell'anno 2012**; **la Banca si riserva di effettuare i necessari controlli per verificare la sussistenza del carico fiscale.**

Si rende altresì possibile – **con contributo a carico del dipendente** - estendere le prestazioni del Programma ai seguenti familiari **purché conviventi, cioè ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente:**

- **il coniuge, non fiscalmente a carico** e non legalmente o effettivamente separato oppure la persona **'convivente more uxorio'**
- **i figli non a carico.**

Non si rende invece possibile inserire altri familiari, anche se conviventi e a carico del dipendente, quali i genitori, i figli dell'altro coniuge o della 'persona convivente more uxorio', i suoceri, i fratelli, le sorelle, i nipoti, ecc.

**Nel caso in cui di un nucleo facciano parte più di un familiare non a carico l'estensione della copertura si rende possibile a condizione che tutti vengano inseriti nel Programma di assistenza.**

L'adesione del familiare non a carico deve avere una **durata minima di tre anni**; in caso di mancato rinnovo, al termine delle tre annualità, non sarà possibile l'inserimento del familiare non a carico negli anni successivi.

Per **l'anno 2013** il familiare non a carico inserito nel **2012** potrà essere escluso dal nucleo familiare assistito soltanto per i seguenti motivi (adeguatamente documentati):

- separazione o divorzio
- uscita dallo stato di famiglia
- adesione ad altra analoga copertura sanitaria collettiva o individuale
- reddito percepito inferiore al limite per essere considerati non a carico
- decesso.

**La procedura provvederà a riportare nel nucleo familiare assistito soltanto i familiari non a carico inseriti nell'anno 2012. I dipendenti, invece, dovranno riconfermare per l'anno 2013 il nucleo familiare assistito con l'inserimento degli altri eventuali familiari.**

Coloro che intendono escludere un familiare non a carico inserito nel **2012** dal Programma RSM, per le motivazioni più sopra indicate, dovranno inviare – **entro il 28 Febbraio 2013** - apposita comunicazione (cartacea o alla casella di posta elettronica: [amministrazionepersonale.aru@banca.mps.it](mailto:amministrazionepersonale.aru@banca.mps.it)) allegando idonea documentazione.

Pur in presenza di una durata triennale, il contributo per l'inserimento di un familiare non a carico viene corrisposto ogni anno sulla base dell'ammontare annualmente stabilito.

Per **l'anno 2013**, il contributo per ogni familiare non a carico, comprensivo del contributo per spese odontoiatriche, è stato fissato in **Euro 370,00** per i dipendenti appartenenti alle Aree Professionali e ai Quadri Direttivi di 1° e 2° Liv. e in **Euro 600,00** per i Quadri Direttivi di 3° e 4° Liv. La copertura decorre **dal 1° Gennaio 2013.**

La somma suddetta sarà trattenuta sul cedolino stipendi del mese di **Marzo 2013.**

Il contributo è pari a Euro 222,00 (Aree Professionali e Q.D. 1° e 2° liv.) e a Euro 360,00 (Q.D. 3° e 4° liv.) nel caso in cui la copertura di un familiare inizi nel secondo semestre per i seguenti motivi: assunzione del dipendente, matrimonio o inizio convivenza successiva al **30.6.2013.**

### **3.2 - COMUNICAZIONE NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO**

La comunicazione dei nominativi che compongono il proprio nucleo familiare, come più sopra definito, deve essere effettuata **OGNI ANNO** utilizzando la procedura predisposta sull'INTRANET aziendale, nel modo seguente:

- dal menu principale dell'Intranet della Banca 'cliccare' sul canale 'RISORSE UMANE'; i dipendenti per i quali è attivato il portale 'Consorzio Operativo Gruppo Montepaschi' devono accedere al portale della Capogruppo Bancaria che si trova sotto 'Gruppo Montepaschi'
- sul menù successivo scegliere l'opzione POLIZZA SANITARIA (RSM)
- tra le opzioni offerte scegliere: 'POSIZIONE'
- la maschera che si apre riporta la posizione dell'interessato - compreso l'indirizzo al quale la CASPIE invierà la documentazione - ed i familiari inseriti nella copertura per l'annualità precedente; nel caso in cui si intenda confermare la copertura anche per l'anno in corso è sufficiente 'cliccare' su 'RIPORTA ANNO CORRENTE' e variare - se del caso - il carico fiscale e la convivenza; per inserire un nuovo familiare, dopo aver 'cliccato' sull'icona 'AGGIUNGI FAMILIARE' devono essere immessi i seguenti dati: cognome, nome, data di nascita, rapporto di parentela, carico fiscale e convivenza
- l'operazione continua 'cliccando' sull'icona '**CONFERMA**'
- a questo punto il sistema riepiloga la situazione familiare del dipendente, distinguendo tra familiari a carico (inseriti gratuitamente) e quelli non a carico per i quali verrà addebitato il contributo previsto sulle competenze mensili del mese di Marzo 2013;
- **il nucleo familiare assistito può essere visionato in qualsiasi momento accedendo sull'Intranet alla propria 'Posizione'.**

Il termine ultimo per effettuare le operazioni di inserimento dei familiari scade il **28 Febbraio 2013.**

Dopo il **28.2.2013**, sarà possibile inserire nuovi nominativi nel nucleo familiare assistito solo in caso di nascita di figli, di matrimonio o di inizio della convivenza; la comunicazione dell'evento può essere effettuata soltanto in forma cartacea per il tramite del modulo di cui al punto 10, entro 30 giorni dal suo verificarsi.

I dipendenti assunti dopo il **28 Febbraio 2013** devono richiedere entro la fine del mese successivo a quello di entrata, pena la decadenza, l'inserimento nell'assistenza dei familiari conviventi a carico e non a carico, con decorrenza dalla data di assunzione.

**Coloro che non hanno la possibilità di accedere all'INTRANET Aziendale in quanto non dotati di un posto di lavoro con computer abilitato, devono compilare il modulo di cui al punto 10 ed inviarlo al Servizio H.R. Services della Capogruppo Bancaria entro il 28 Febbraio 2013.**

#### **4 - UTILIZZO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON CASPIE**

La Cassa Sanitaria CASPIE ha stipulato convenzioni con medici specialisti, laboratori di analisi e case di cura per consentire ai propri assistiti di fruire di prestazioni sanitarie senza doverne anticipare il costo poiché è la Cassa stessa a farsi carico del pagamento diretto alle strutture sanitarie. L'assistito corrisponde alla struttura soltanto l'importo relativo alle eventuali franchigie, **alla quota destinata a riparto**, ed alle spese non ricomprese nelle garanzie.

Per i ricoveri, il diritto al pagamento diretto, ferme restando le condizioni normative, **è possibile soltanto nel caso in cui l'assistito si avvalga sia di una Casa di Cura sia di un'Equipe Medica convenzionate con CASPIE**. In altri casi (ad esempio ricorso ad Equipe Mediche non convenzionate pur all'interno di Case di Cura convenzionate) non potrà essere concesso il pagamento diretto, e l'indennizzo spettante viene corrisposto a rimborso. Per le eventuali prestazioni pre e post-ricovero pagate direttamente, l'assistito deve avanzare istanza di rimborso nei modi d'uso.

E' opportuno accertarsi che la Struttura Sanitaria e/o il medico specialista siano convenzionati con CASPIE richiedendo informazioni agli operatori della Centrale Operativa (NUMERO VERDE 800254313) oppure consultando il sito internet [www.caspieonline.it](http://www.caspieonline.it).

Si possono richiedere informazioni a CASPIE anche attraverso la posta elettronica, all'indirizzo: [retesanitaria.caspie@servizioconvenzioni.it](mailto:retesanitaria.caspie@servizioconvenzioni.it).

Per quanto ovvio, si precisa che non sono utilizzabili quei medici e/o strutture presenti nella rete convenzionata CASPIE ma che offrono prestazioni non ricomprese nel Programma RSM della Banca (visite pediatriche, centri ottici).

L'assistito deve utilizzare la Rete convenzionata nei limiti delle garanzie previste dal Programma RSM **deve seguire scrupolosamente la seguente procedura:**

- prenotare la prestazione sanitaria presentandosi come 'assistito CASPIE/Monte Paschi';
- fornire le proprie generalità (cognome, nome e data di nascita) e - se del caso - quella del familiare che deve usufruire della prestazione sanitaria;
- richiedere all'Operatore Sanitario di attivare la convenzione diretta con CASPIE; **nel caso in cui la prestazione riguardi un familiare è assolutamente necessario che lo stesso sia già stato inserito nel nucleo familiare assistito con le modalità ed i tempi previsti;**
- produrre all'atto della prenotazione della prestazione sanitaria (**accertamento diagnostico, terapia o ricovero**) una certificazione medica attestante la necessità della prestazione e la relativa diagnosi, documentazione necessaria alla Struttura convenzionata per richiedere a CASPIE di farsi carico della spesa; per le **visite specialistiche** è sufficiente che l'assistito indichi, al momento della prenotazione, il disturbo che rende necessario il consulto specialistico;
- accertarsi presso l'Operatore o Struttura Sanitaria, prima dell'effettuazione della prestazione sanitaria, dell'avvenuta autorizzazione da parte della Centrale Operativa della CASPIE;
- sottoscrivere, presso la struttura sanitaria utilizzata, una dichiarazione nella quale vengono precisate le condizioni di fornitura del servizio da parte della CASPIE e le somme che eventualmente rimangono a carico dell'assistito (franchigie, quota destinata a riparto e spese non coperte dalle garanzie).

**Non è possibile usufruire del pagamento diretto da parte di CASPIE e delle franchigie ridotte al di fuori delle condizioni e delle modalità sopra riportate.** La procedura non è utilizzabile per le spese relative alla **medicina preventiva**, per la quale occorre presentare la richiesta di rimborso nei modi d'uso.



## **5 - CONVENZIONE CON STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE DI SIENA**

La Cassa Sanitaria CASPIE ha stipulato delle convenzioni con l'Azienda Ospedaliera Universitaria (Le Scotte) di Siena (attualmente in fase di ridefinizione) e con l'Azienda USL 7 di Siena riservate esclusivamente al personale in servizio ed in quiescenza della Banca.

Coloro che devono effettuare visite specialistiche, esami diagnostici o piccola chirurgia ambulatoriale presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria oppure visite specialistiche, esami diagnostici o ricoveri presso le strutture di Abbadia San Salvatore, Nottola e Campostaggia per quanto riguarda l'Azienda USL 7 dovranno accertarsi che l'Operatore sanitario prescelto sia ricompreso tra i medici convenzionati con CASPIE contattando il numero verde della Cassa Sanitaria oppure l'Ufficio Prenotazioni A.L.P.I dell'Azienda Ospedaliera.

Gli interessati dovranno qualificarsi come assistiti CASPIE/Monte Paschi e produrre la documentazione medica prevista al punto 4.

Al termine della prestazione, gli interessati **non dovranno** corrispondere nessun importo a titolo dell'eventuale franchigia o di quota destinata a riparto, poiché la Cassa Sanitaria CASPIE provvederà al pagamento alle strutture sanitarie suddette dell'intero costo della prestazione stessa.

**L'eventuale franchigia e la quota destinata a riparto verranno successivamente recuperate da CASPIE mediante addebito sul conto corrente del dipendente tramite l'apposita procedura interna della Banca.**

**L'attivazione della convenzione CASPIE/Azienda Ospedaliera Universitaria e Azienda USL 7 di Siena comporta l'accettazione integrale della suddetta procedura e non può essere concessa ai dipendenti che ricevono i rimborsi delle spese mediche su un conto corrente non acceso presso la Banca MPS.**

## **6 - PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO**

Il dipendente deve presentare la richiesta di rimborso prima possibile, **inviandola alla Cassa Sanitaria CASPIE.**

Per l'invio della richiesta gli interessati possono:

- **avvalersi del sito web della CASPIE ([www.caspieonline.it](http://www.caspieonline.it)) che consente di inviare la documentazione scannerizzata, accorciando di molto i tempi di lavorazione ed azzerando i possibili disguidi di spedizione del materiale;**
- utilizzare i normali canali postali e una qualsiasi busta indirizzata a **CASPIE – Via Sistina, 42 – 00187 ROMA;**
- utilizzare la posta interna della Banca, inserendo la documentazione in una qualsiasi busta sulla quale riportare la seguente dizione: "CONTIENE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE – DA INVIARE A CASPIE".

La richiesta di rimborso deve essere corredata della documentazione più sotto precisata.

**Nel caso di richiesta via web la documentazione deve essere scannerizzata e non occorre inviare nessuna 'conferma' cartacea della documentazione stessa; qualora l'invio sia per i canali postali, la documentazione deve essere allegata in fotocopia.**

A prescindere dalla modalità prescelta per l'invio della richiesta di rimborso, la documentazione, scannerizzata o in fotocopia, da far pervenire a CASPIE, oltre al modulo di richiesta, è la seguente:

- a) in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica; per gli interventi chirurgici ambulatoriali, in mancanza di cartella clinica, una certificazione medica contenente la descrizione dell'intervento stesso e della malattia che l'ha reso necessario;
- b) in caso di **visite specialistiche**, attestazione dell'affezione che può essere contenuta nello stesso documento di spesa o in separata prescrizione medica;
- c) in caso di **analisi, esami diagnostici o prestazioni specialistiche extraospedaliere**, copia della prescrizione medica, contenente l'indicazione della diagnosi;
- d) in caso di **spese per cure fisioterapiche**:
- se dovute a forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche: prescrizione del medico specialista attestante la malattia che rende necessarie le cure;
  - se dovute a infortuni: prescrizione del medico specialista e certificazione a suo tempo rilasciata dal Pronto soccorso o da un'equivalente struttura ospedaliera cui si sia fatto immediatamente ricorso;
  - se dovute a ictus cerebrale od a forme neoplastiche: prescrizione del medico specialista attestante la diagnosi della patologia e la data della prima diagnosi.
- e) per i **ticket sanitari** è sufficiente rimettere la documentazione di spesa.

Per le spese sostenute per la **medicina preventiva**, deve essere prodotta la seguente documentazione:

- **per gli accertamenti diagnostici**, una certificazione medica che prescriva l'effettuazione degli accertamenti previsti al punto D) e che contenga l'indicazione 'per controllo'; per l'effettuazione di accertamenti non ricompresi nell'elenco di cui al punto D), si consiglia di farsi rilasciare prescrizioni mediche e documenti di spesa separati;
- per le visite specialistiche, le ricevute di spesa sulle quali sia indicata la dizione 'per controllo'.

La documentazione medica necessaria per richiedere l'**indennità per grave malattia** è la seguente:

- per le malattie indicate ai punti 1 (infarto), 2 (chirurgia cardiovascolare) e 3 (ictus cerebrale) della lettera E), copia della cartella clinica dalla quale devono risultare le caratteristiche della malattia e la data della prima diagnosi;
- per le malattie indicate al punto 4 (tumore) e 5 (insufficienza renale) della lettera E), una certificazione rilasciata dalla struttura ospedaliera che ha in cura l'assistito - se del caso corredata del risultato dell'esame istopatologico - dalla quale risulti la malattia e la data di prima diagnosi della stessa;
- per la malattia indicata al punto 6 (trapianto d'organo) della lettera E), una certificazione rilasciata dal centro medico autorizzato al trapianto che attesti la data in cui si è manifestata la necessità dell'intervento e l'inserimento dell'assistito nella lista di attesa.

Si raccomanda di porre la massima attenzione sulla documentazione da rimettere alla Cassa Sanitaria e di attenersi scrupolosamente alle indicazioni più sopra riportate. Per quanto riguarda la diagnosi, si segnala la necessità di far certificare al sanitario l'affezione accertata o presunta ed evitare - per quanto possibile - l'indicazione di sintomi generici quali: febbre, astenia, amenorrea, ecc.

## **7 - CONTROLLI DA PARTE DELLA CASSA SANITARIA E DELLA BANCA**

L'assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire alle visite dei medici della Cassa Sanitaria ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assistito stesso.

**La Banca ha la facoltà di verificare la sussistenza dei requisiti del "carico fiscale" e – ove prevista - della convivenza per i familiari del dipendente. Il dipendente oggetto della verifica dovrà inviare lo stato di famiglia (accertamento della convivenza) e la documentazione fiscale utile per la conferma del carico fiscale (mod. 730 o mod. UNICO).**

## **8 - CONTROVERSIE**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, l'assistito e la Cassa Sanitaria si obbligano sottoporre le controversie stesse all'arbitrato irrituale del Collegio dei Proviviri, previsto dall'art. 20 dello Statuto della CASPIE.

Per ogni controversia diversa da quelle sopraindicate è competente esclusivamente il Foro di Roma.

## **9 - ASPETTI FISCALI**

Le prestazioni sono fornite attraverso l'adesione alla Cassa sanitaria e pertanto:

- il contributo che la Banca corrisponde alla Cassa non costituisce reddito per il dipendente e quindi non viene assoggettato a trattenute previdenziali e fiscali;
- il contributo eventualmente corrisposto dal dipendente per estendere la copertura ai familiari conviventi non a carico viene portato in deduzione dal reddito imponibile direttamente in busta paga;
- il contributo eventualmente corrisposto dal dipendente per estendere la copertura della persona convivente 'more uxorio' non può essere portato in abbattimento dell'imponibile fiscale;
- le somme riconosciute dalla Cassa sanitaria a titolo di rimborso delle spese mediche non possono essere inserite nell'ammontare delle spese sanitarie, per le quali spetta la detrazione d'imposta pari al 19 per cento, in sede di dichiarazione annuale dei redditi;
- la detrazione di cui sopra spetta soltanto per la parte non rimborsata delle spese mediche; è pertanto necessario conservare le comunicazioni con le quali la Cassa sanitaria precisa le somme rimborsate e le franchigie applicate;
- i rimborsi riconosciuti dalla Cassa sanitaria per le spese sostenute dalla persona convivente 'more uxorio' possono invece essere inseriti tra le spese mediche per le quali spetta la detrazione del 19 per cento.

## 10 - ALLEGATO: COMUNICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

Alla  
**BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.p.A.**  
 Servizio HR Services  
 Settore Amministrazione Risorse Umane  
 Via dell'Abbadia, 5  
**53100 SIENA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_,  
 dipendente della Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A., con il grado di \_\_\_\_\_  
 ed in servizio presso \_\_\_\_\_

**richiede**, per il periodo **dal 1°.1.2013 al 31.12.2013**, di **estendere le prestazioni del Programma RSM ai seguenti familiari:**

Familiari **fiscalmente a carico**, senza il pagamento di alcun contributo:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	PARENTELA	CONVIVENZA (°)	
				SI	NO
				SI	NO
				SI	NO

Familiari **fiscalmente non a carico e conviventi (°)**, per i quali occorre corrispondere la somma di € 370,00 a persona - (€ 600,00 per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello):

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	PARENTELA	CONTRIBUTO DA CORRISPONDERE
				€
				€

(°) per familiari **conviventi** si intendono i figli e il coniuge - o il convivente more uxorio - che sono ricompresi nello stesso stato di famiglia del dipendente

**Autorizza** pertanto la Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A. a provvedere al versamento, per **ciascuno dei sopra indicati familiari fiscalmente non a carico e conviventi** del contributo di Euro 370,00 (€ 600,00 per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello) ritenendo l'importo complessivo di €..... dalle competenze mensili del mese di **Marzo 2013**.

*Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 (Tutela della privacy) consente che i dati forniti vengano utilizzati dalla Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A., dalla Cassa Sanitaria CASPIE e dalle Società da essa autorizzate, esclusivamente per la gestione e la liquidazione delle pratiche relative al Programma RSM.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Si ricorda che il nucleo familiare da prendere in considerazione ai fini della copertura comprende esclusivamente: il coniuge - o la persona 'convivente more uxorio' - ed i figli. Sono fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore a € 2.840,51; la persona 'convivente more uxorio' è sempre considerata non a carico fiscalmente)*

**IL PRESENTE MODELLO DEVE ESSERE COMPILATO SOLO DA COLORO CHE NON POSSONO ACCEDERE ALLA PROCEDURA PREDISPOSTA SU INTRANET**